

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES SÉREUX DU MÉSENTÈRE

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux
MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Mars 1922

PAR

M^{ELLE} VOUCOSSAVA ALEXITCH

Née à Alexinatza (Serbie), le 16 Juin 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur	Président.
		BERGONIÉ, professeur	Jugés.
		GUYOT, agrégé	
		RÉCHOU, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES SÉREUX DU MÉSENTÈRE

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Mars 1922

PAR

M^{ELLE} Voucossava ALEXITCH

Née à Alexinatz (Serbie), le 16 Juin 1895



Examineurs de la Thèse

{	MM. VILLAR, professeur	Président.
	BERGONIE, professeur	{ Juges.
	GUYOT, agrégé	
	RÉCHOU, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie ..	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale...	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan-	
Pathologie et thérapeuti-		tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
que générales.....	GRUCHET.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie Pathologique...	SABRAZES.	ladies des enfants.....	MOUESOUS.
Anatomie.....	PICQUE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et his-		Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
tologie.....	G. DUBREUIL.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cuta-	
Hygiène.....	AUCHE.	nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies des	
Physique biologique et clinique d'élec-		voies urinaires.....	POUSSON.
tricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique psychiatrique....	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn-	
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	gologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie.....	BARTHE.
		M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie}	N.....		LEURET.
	N.....		DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Médecine générale.....	CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.		MICHELEAU.
Anatomie pathologique...	MURATET.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Parasitologie et Sciences}	R. SIGALAS (chargé)	Médecine légale.....	LANDE.
naturelles.....	N.....		GUYOT.
Physique biologique et mé-		Chirurgie générale.....	ROCHER.
dicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et médi-			PAPIN.
cale.....	N.....		PÉRY.
	PETGES.	Obstétrique.....	FAUGERE.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Ophthalmologie.....	TEULIERES.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ¹ le	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MON ONCLE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

Faible témoignage de gratitude filiale.

A MA COUSINE

A MA MEILLEURE CAMARADE ET AMIE

M^{lle} E. DUBREUILH

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MADAME MORAZZANI

*En souvenir de l'amitié qu'elle m'a
témoignée pendant mon séjour à Njaccio.*

A MES MAITRES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Les premières lignes de cette thèse seront pour nous acquitter d'une dette de reconnaissance, tout d'abord envers la France, où nous avons trouvé un si bon accueil après les malheurs de l'invasion et de la retraite.

Ensuite, à tous ceux qui par leur bienveillance et leur amitié ont contribué à nous rendre cher ce pays dont le souvenir ne s'effacera plus de notre cœur.

Enfin, à M. le Doyen et à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui par leurs leçons magistrales et leurs conseils ont facilité nos études et nous ont fait aimer la carrière médicale.

Parmi ceux-ci, notre souvenir reconnaissant va tout d'abord à notre vénéré et regretté Maître, M. le Docteur DAVEZAC, qui le premier nous a initié aux difficultés de la clinique avec la bonté qui le caractérisait.

Nos études nous ont conduit dans maints services et nous n'avons qu'à nous louer de l'obligeance avec laquelle tous ces Maîtres éminents de la science nous ont initié à leur précieux enseignement.

Chez M. le Professeur ARNOZAN et auprès de ses dévoués collaborateurs, MM. les Professeurs agrégés MAURIAC et CREYX, nous avons appris à observer tout et à retenir l'essentiel.

Les trop courts passages dans les services de MM. les Professeurs MOUSSOUS, DUBREUILH et LAGRANGE nous ont cependant permis d'apprécier la finesse d'observation et la solidité de jugement de ces grands cliniciens.

Nous n'oublierons pas non plus les consultations de MM. les Professeurs CHAVANNAZ et BÉGOUIN, où nous avons

acquis les connaissances gynécologiques indispensables dans la carrière d'une femme médecin.

Notre reconnaissance va également à ceux qui nous ont aidés dans la préparation de cette thèse, et notamment à M. le Docteur René VILLAR, qui nous a donné quelques bons conseils.

Ce serait une ingratitude de notre part de ne pas mentionner ici la dette que, malade, nous avons contractée envers M. le Professeur CASSAET et envers M. le Docteur BOUSQUET. Ils nous ont soignée avec une bonté au dessus de tout éloge.

Quant à vous, notre éminent Maître et Président de thèse M. le Professeur VILLAR, qui nous avez si souvent dirigée et encouragée, votre brio incomparable de clinicien et d'opérateur nous laisse un souvenir ineffaçable, souvenir qui nous suivra dans notre lointain pays.

Avant de clore cet avant-propos, il nous est doux d'adresser encore des remerciements à M^{lle} BARTHE, professeur à l'École normale de jeunes filles, pour les sympathiques encouragements qu'elle nous prodigua lors de notre arrivée à Bordeaux.

A M. DELARUE, notre excellent Consul de Serbie, qu'il nous soit permis de lui adresser ici l'expression de notre gratitude pour sa bienveillante sollicitude.

A toutes nos camarades de la Faculté de Bordeaux qui nous ont témoigné quelque sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES SÉREUX DU MÉSENTÈRE

HISTORIQUE

Le kyste séreux du mésentère était absolument ignoré des anciens médecins, qui considéraient toutes les tumeurs abdominales comme une grossesse.

Le premier qui a signalé l'existence des tumeurs du mésentère est BÉNÉVÉNI, chirurgien de Florence, qui vivait au milieu du ^{xv}^{me} siècle. Cette découverte fut suivie d'un silence assez long jusqu'au 22 juillet 1622, date à laquelle Gaspard ASELI, médecin de Pavie, découvrit les chylières et l'importance physiologique du mésentère.

Pour trouver quelques observations exactes, il faut arriver à MORGAGNI; mais bientôt ses travaux sont oubliés. Beaucoup plus tard, PORTAL a bien démontré le développement, les symptômes et rapports des tumeurs du mésentère, mais ce travail ne fut pas pris en considération, comme il le méritait, et fut vite oublié. Pendant cette longue période, le diagnostic du kyste du mésentère n'était jamais fait sur les vivants. A dater de cette époque, l'étude du kyste du mésentère fut complètement abandonnée jusqu'en 1880 où apparaissent les travaux de PÉAN, MILARD et MERKLEN.

PÉAN étudia cette question avec beaucoup de soin, établit la classification, et comme traitement la marsupialisation.

La même année, MERKLEN a présenté et démontré à l'Académie de Médecine l'origine ganglionnaire de ces kystes. La thèse de COLLET, qui a été soutenue en 1884, a complété les travaux commencés par PÉAN. Elle était suivie par l'importante thèse d'agrégation d'AUGAGNEUR parue en 1886, premier travail important sur ces questions. La bonne étude de M. BRAQUEHAYE, dans les *Archives générales de Médecine*, éclaire beaucoup la question. Aussi, comme plus tard, en 1899, le travail de mon excellent Maître, M. le Professeur VILLAR, de Bordeaux.

En somme, c'est depuis 1880 que l'étude du kyste du mésentère est entrée dans une voie clinique et opératoire et a depuis suivi cette bonne voie avec progrès.

Anatomie.

Le mésentère présente l'aspect d'une épaisse lame fixée par un de ses bords à la colonne vertébrale et contenant dans l'autre bord l'intestin grêle tout entier, moins le duodenum.

Il ne présente pas une hauteur égale dans toutes ses parties, il a à peine un centimètre à ses deux extrémités. Il offre vers son milieu sa plus grande hauteur. Celle-ci est variable suivant les sujets et peut atteindre 18 à 20 centimètres. La dimension du mésentère permet à l'intestin grêle une grande mobilité. Le mésentère présente une direction oblique de haut en bas, et de gauche à droite ; il s'étend du côté gauche du corps de la deuxième vertèbre lombaire à la symphise sacro-iliaque droite.

Le mésentère est un replis très épais. On trouve, plongé dans un tissu cellulaire lâche et abondant, les artères et les veines mésentériques, des vaisseaux, ganglions lymphatiques nombreux et des nerfs du plexus nerveux mésentérique.

Ce n'est pas tout, on voit encore entre deux feuillets du mésentère et à sa racine : la veine cave inférieure, l'aorte, les origines de la grande veine azigos, le plexus solaire à sa sortie des ganglions semi-lunaires et les vaisseaux nourriciers de l'intestin.

Le mésentère a le rôle d'un ligament suspenseur pour l'intestin grêle, et il maintient les anses intestinales en place en les tenant pour ainsi dire suspendues à la colonne vertébrale.

Fréquence. - Étiologie.

Autrefois le kyste du mésentère figurait parmi les affections chirurgicales très rares, sinon exceptionnelles; mais aujourd'hui après tant de si bonnes études faites sur cette question, nous pouvons dire que le kyste séreux du mésentère est une affection des plus fréquentes parmi tous les kystes mésentériques.

Assez rare comme affection chirurgicale, il est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Sur dix observations rapportées dans notre travail, neuf appartiennent à la femme et une à l'homme.

Les kystes séreux du mésentère sont les plus fréquents à l'âge moyen de la vie, mais il en a été observé chez les enfants et les vieillards.

Anatomie pathologique et pathogénie.

Le kyste séreux du mésentère se développe entre les deux feuillets du repli péritonéal, nommé mésentère.

Rapport.

Dès qu'ils ont atteints un volume plus considérable, ils plongent dans la cavité abdominale. Quelquefois, ils dépassent en arrière le mésentère, envahissant le mésocolon et affectent des rapports très intimes avec le gros intestin. Très mobiles, ces kystes changent très souvent de place.

Vaisseaux.

La vascularisation de ces kystes est peu importante et n'offre aucun intérêt.

Adhérences.

Ces kystes s'énucléent assez difficilement, à cause des adhérences aux organes voisins, qui leur font perdre la mobilité bien connue et rend le diagnostic très difficile.

Volume.

Variable, mais souvent ils sont très volumineux.

Examen des parois du kyste.

La paroi a une consistance fibreuse d'une épaisseur inégale, variant de un demi centimètre à plusieurs centimètres. En l'examinant dans la partie la plus faible, on voit qu'elle se compose de plusieurs couches d'aspects différents.

La plus interne, en contact avec le contenu du kyste,

présente l'aspect d'une lame de tissu fibreux nettement délimitée de la couche sous-jacente.

La deuxième couche contient des éléments lymphatiques ayant la même disposition que dans les ganglions lymphatiques. On trouve encore de nombreux vaisseaux, des follicules lymphatiques et du tissu lymphoïde.

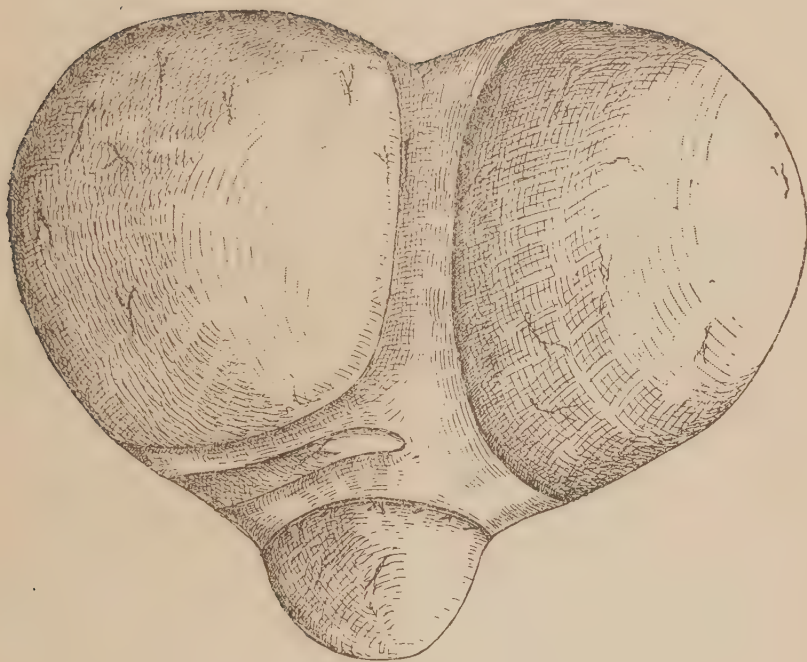
La couche externe, constituée de lames de tissu fibreux, est directement en contact avec le péritoine.

Contenu.

C'est, dans les kystes très peu développés, le plus souvent un liquide crémeux; plus tard il peut devenir citrin ou verdâtre. Il a une odeur faible et douce rappelant celle de la noix de coco. La réaction chimique montre que le liquide se coagule par la chaleur et sous l'action de l'acide nitrique.

On trouve de l'albumine 7 p. 1000; 1 p. 1000 de graisse et de la cholestérine. On trouve encore des chlorures, des sulfates, et une grande quantité de chlorure de sodium.

Ce qui frappe et ce qu'il faut retenir dans cet examen de la paroi et du contenu, c'est l'absence de l'endothélium dans les parois et la présence de tissu réticulé. Ceci autorise à affirmer l'origine ganglionnaire du kyste séreux du mésentère et l'examen du liquide confirme cette affirmation.



Kyste séreux du mésentère, pédicule accolé à l'intestin. (Fr. VILLAR.)

Symptômes.

Parmi les nombreuses formes cliniques du kyste séreux du mésentère, deux sont bien distinctes.

La forme à début lent, assez rare, et la forme douloureuse, de beaucoup la plus fréquente.

Dans la première, le malade s'aperçoit du mal par la constatation du développement du ventre et des douleurs sourdes. Dans la deuxième forme, ce sont des coliques violentes et brusques qui commencent. C'est au niveau de l'ombilic que le malade éprouve les premières sensations douloureuses qui s'irradient vers le foie, l'épigastre, le flanc. Ces douleurs sont accompagnées assez souvent par des vomissements, la constipation est la règle.

Les troubles dyspeptiques sont très fréquents.

Parfois enfin, ce sont des signes d'occlusion intestinale ou de péritonite simulant une occlusion intestinale qui débute. Il y a retentissement sur l'état général.

Si on examine le malade à ce moment, on trouve :

Par l'inspection. — L'abdomen présente une saillie près de l'ombilic, à droite ou à gauche de la ligne blanche, une circulation collatérale développée, pas de déplissements de la cicatrice ombilicale. Dans les cas de grand développement du kyste, le ventre est très distendu et chez la femme on constate des vergétures très apparentes.

A la palpation on trouve une tumeur arrondie, lisse, rénitente, très mobile dans tous les sens, surtout transversalement.

A la percussion une zone de sonorité au devant de la tumeur, due à l'intestin placé entre la paroi abdominale et le kyste.

Le toucher vaginal ne révèle rien chez la femme.

Tous ces différents signes peuvent exister ou manquer.

En somme, le meilleur signe du kyste séreux du mésentère est sa très grande mobilité, en sens transversal surtout, on peut faire passer le kyste de gauche à droite avec grande aisance.

A ces signes, il faut ajouter une zone de sonorité au devant du kyste, de la fluctuation et une zone de sonorité au-dessus du pubis.

Marche. = Durée. = Terminaison.

Nous avons décrit dans ce modeste travail deux formes cliniques du kyste du mésentère, les plus fréquentes; mais à côté de ceux-ci il y a d'autres variétés.

Nous nous arrêterons surtout sur le début intestinal dans la forme douloureuse. C'est un début brusque frappant en pleine santé le sujet, qui ressent au milieu de ses occupations une douleur très violente dans le ventre, bientôt suivie de vomissements alimentaires d'abord, puis quelquefois fécaloïdales. Suppression totale des selles et des gaz. Le ventre est météorisé. Il prend le faciès abdominal.

La palpation du ventre est impossible à cause des douleurs que provoque le moindre contact. Cet état n'est pas accompagné de fièvre; on se rend très bien compte des difficultés du diagnostic dans cette forme.

AUGAGNEUR a signalé une forme à début lent, dans laquelle apparaissent brusquement des signes pulmonaires très marqués, fréquemment la durée en est plutôt longue.

La terminaison est variable, où le kyste augmente, comprimant les organes voisins, alors le malade se cachectise progressivement et meurt, ou bien il succombe soit à une occlusion intestinale soit à une péritonite.

Quelquefois le kyste se rompt accidentellement et produit la mort du malade par la péritonite.

Les cas de régressions naturelles sont très rarement signalés. On rencontre assez souvent des guérisons définitives après l'extirpation du kyste.

Diagnostic.

Le diagnostic des kystes séreux du mésentère a toujours été considéré comme difficile. Les anciens auteurs ont fait des erreurs très fréquentes en le considérant comme un kyste de l'ovaire.

PÉAN crut trois fois à un kyste de l'ovaire dans trois cas de kyste du mésentère. Mais ce diagnostic était en somme possible, même facile. TERRILLON a reconnu deux sur trois des cas qu'il a publiés.

Aujourd'hui, tous les chirurgiens sont d'accord sur la symptomatologie du kyste séreux du mésentère. La mobilité très grande dans tous les sens, d'une tumeur abdominale, située sur la ligne médiane et pointant vers l'ombilic, jointe à une zone de sonorité entre la paroi et la tumeur, et une autre zone sonore au dessus du pubis doivent faire songer à la possibilité d'un kyste du mésentère.

Quand tous ces signes existent, le diagnostic est facile surtout chez l'homme ; par cela même nombre d'affections avec lesquelles on pourrait le confondre sont éliminées.

Mais ces signes sont loin de toujours exister au complet. La mobilité manque dans les cas de kystes à grands développements, dans les cas d'adhérence avec les organes voisins, et s'il plonge dans le bassin la zone de sonorité au-dessus du pubis n'existe pas. Quand les kystes sont très petits ils passent inaperçus mais déterminent souvent un syndrome d'occlusion intestinale, déjà signalé dans un chapitre antérieur ; ils sont par cela même du plus grand intérêt.

Avec le kyste du pancréas, le diagnostic est très difficile,

puisque les signes sont presque les mêmes : mobilité, grande sonorité au devant du kyste, troubles dyspeptiques. Mais les kystes du pancréas siègent plus haut que les kystes du mésentère. L'altération de l'état général est très prononcée et la marche de la maladie est plus rapide et a souvent une issue fatale. Cela peut nous suffire quelquefois pour différencier les deux kystes.

Dès que le kyste du mésentère est apparent il faut le distinguer des tumeurs de la paroi abdominale. Celles-ci sont fixées par contraction de la paroi abdominale et deviennent mobiles par le relâchement de la même paroi.

La grossesse et les tumeurs utérines se distinguent du kyste séreux du mésentère par leurs signes propres. Nées dans le petit bassin, elles s'élèvent dans l'abdomen, et par conséquent la zone de sonorité n'existe pas au devant du pubis. Le toucher vaginal nous montre la connexion avec l'utérus.

Le peu de mobilité du kyste de l'ovaire, l'absence des zones de sonorité au devant de la tumeur, nous permettent de différencier les deux kystes. Par le toucher vaginal, on sent le corps utérin du côté opposé à la tumeur et le col du même côté.

Le rein mobile nous donne beaucoup des signes du kyste séreux du mésentère, mais il est moins prononcé. Mobilité assez grande, crises douloureuses avec vomissements, manque de fièvre.

Dans les cas de reins flottants, on constate presque toujours la dysurie et quelquefois l'anurie complète, suivie quelques jours après d'une débâcle urinaire bien connue. Cette marche suffit à établir le diagnostic.

Le manque de sonorité au devant des kystes de l'épiploon qui sont très mobiles et la sensation d'empâtement sont suffisants à faire le diagnostic d'avec ces derniers.

Pronostic.

Le pronostic est grave; comme nous l'avons dit tout à l'heure il ne faut pas compter sur la régression naturelle. Les kystes très stationnaires subissent tôt ou tard un développement rapide.

La forme simulant l'occlusion intestinale peut emporter rapidement le malade. Enfin, le pronostic est d'autant plus mauvais que le sujet est plus jeune ou plus vieux et l'insertion du kyste plus rapprochée du rachis.

Aux premiers symptômes d'aggravation, il faut tenter une intervention chirurgicale.

Traitement.

Jadis on préconisait comme traitement dans les cas de kystes séreux du mésentère une simple ponction. Plus tard, on reconnut que cette méthode était tout à fait insuffisante, bien qu'elle eut donné quelques succès incontestables; de plus elle n'était pas toujours exempte de dangers : blessure d'une anse intestinale ou d'un vaisseau; aussi est-elle aujourd'hui tout à fait abandonnée.

Le traitement du kyste séreux du mésentère par la ponction suivie de l'injection d'un liquide quelconque dût être abandonnée aussi, parce que les dangers sont les mêmes.

Une méthode, bien supérieure à la ponction simple, est l'incision avec drainage ou marsupialisation, qui a donné de très bons résultats. Elle peut aussi être considérée comme une méthode excellente dans les cas de kystes séreux volumineux avec adhérences nombreuses.

La marsupialisation a l'inconvénient de préparer le terrain à l'infection et de guérir moins vite. La technique de cette méthode est la suivante : on incise la paroi abdominale, on écarte les anses intestinales qui se trouvent devant le kyste, en faisant attention à ne pas blesser les vaisseaux. Après avoir ponctionné le kyste on fixe à la plaie abdominale le bord de la poche dont la partie saillante est reséquée.

La dernière méthode consiste dans l'extirpation totale du kyste. C'est une opération longue et difficile. Les cas de mort survenue plusieurs heures après l'opération sont fréquents. Le malade meurt du choc dû au voisinage du plexus solaire, sur les branches duquel le chirurgien est obligé de tirer dans les cas de grande adhérence. On a signalé aussi dans ce cas des morts fréquentes dues à la péritonite et à l'hémorragie.

Cette méthode doit être appliquée avec avantage dans le cas de petits kystes à pédicule long et sans adhérence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée.)

Kyste séreux du mésentère. — Laparotomie exploratrice sans inciser le kyste. — Autopsie.

Femme de 31 ans, ayant un kyste dans l'abdomen ponctionné plusieurs fois avant son entrée, il en est sorti une quantité considérable de liquide. Elle entre à l'hôpital en novembre 1886 pour douleurs abdominales violentes, vomissements et diarrhée. On trouve alors une tumeur arrondie à gauche, au dessous des côtes. Selles fréquentes, fétides, purulentes. Elle accouche en décembre d'un enfant de huit mois.

Après la délivrance, on sent bien la tumeur, mais elle diminue à mesure que la diarrhée augmente, bientôt même elle disparaît et la malade quitte l'hôpital.

Elle revient le 1^{er} Septembre 1887. On trouve alors dans la région hypocondriaque et épigastrique gauche une tumeur élastique, franchement mobile. Matité variable comme étendue. Pas de vomissements ni de diarrhée, mais douleurs vives nécessitant l'emploi de la morphine.

Le 10 Septembre. — Laparotomie, la tumeur adhérent aux parties voisines, on n'y touche pas et le ventre est refermé.

Le 1^{er} Octobre. — Agitation extrême, frissons, céphalalgie, pas de sensibilité abdominale.

Le 2 Octobre. — La plaie s'ouvre superficiellement, mais la cavité péritonéale reste grosse. L'état de la malade s'aggrave jusqu'au 7 Octobre, jour de sa mort.

Autopsie. — Les lèvres du péritoine sont guéries, face interne du kyste lisse, parois épaisses et régulières.

Le contenu était un liquide séreux avec des hématies, des glo-

bules semblables à ceux du pus, des granulations graisseuses et en grand nombre des cristaux de leucine et de thyrosine; ganglions mésentériques sains.

(ROBERTS. *Medical Prenand Circular et Horrocks*
British med. journ., 1888.)

OBSERVATION II (Résumée.)

Kyste séreux du mésentère. — Suture à la paroi. — Guérison.

Une femme de 43 ans entre le 2 Août dans le service de M. JOLLET, pour tumeur abdominale. Début en Avril par le côté droit. Le ventre atteint le volume d'une grossesse à terme. Il est ovoïde. Tumeur lisse mate à la percussion, sauf à l'hypocondre. Fluctuante, séparée des parties voisines par un sillon plus prononcé à droite qu'à gauche. Pas de douleurs. Œdème des jambes. État général bon.

Diagnostic. — Kyste ovarique, uniloculaire, sans adhérences.

Le 9 Août. — Laparotomie. Ponction du kyste. Pas d'adhérences à la paroi. On essaie d'attirer le kyste au dehors, il résiste entraînant avec lui une portion d'intestin qui l'encadre. Il adhère aussi au rachis et siège dans le mésentère. L'énucléation serait facile, mais pour éviter un grand délabrement on fait la ponction.

Contenu. — 7 à 8 litres de liquide citrin. Suture de la poche à la paroi.

Suites opératoires très bonnes. Pas de fièvre ni de douleurs, suppuration peu abondante.

Le 18 Novembre. — Il ne reste plus qu'un petit trajet de 4 centimètres. — Guérison.

(COPPENS. « De la Laparotomie suivie de drainages dans les kystes du mésentère. » *Bulletin médical*, Paris, 1898).

OBSERVATION III (Résumée.)

Kyste séreux du mésentère. — Incisions. — Drainages à la gaze iodoformée. — Guérison.

Femme de 57 ans. Santé bonne. Ménopause depuis 17 ans. Depuis cette époque, malaises fréquents avec un peu de fièvre (38°6). Douleurs abdominales tantôt à droite tantôt à gauche, tantôt des deux côtés. Pendant 7 ans le ventre se développe peu à peu et la malade maigrit et se cachectise.

Diagnostic. — Tumeur enkystée de l'abdomen.

Le kyste a la forme d'une tête d'adulte, arrondie, remplissant le bas-ventre et la région ombilicale. Dépasant à droite la ligne médiane d'un travers de doigt. Elle s'enfonce dans le petit bassin en arrière et à droite de l'utérus atrophie et mobile. On n'arrive pas à sentir l'ovaire droit, le gauche se sent à côté de l'utérus. Matité masquée par la résonance intestinale. Sécrétion urinaire normale. Rien aux viscères thoraciques ou abdominaux.

8 *Janvier*. — Laparotomie. On trouve une tumeur faiblement mais largement adhérente à la paroi. Par l'incision du sac il sort un liquide clair, jaunâtre, séreux, puis muqueux, ressemblant à de la bile. Le sac va en arrière et à gauche jusqu'à la colonne vertébrale. Il plonge dans le petit bassin et adhère aux côlons ascendants et transverses. Il est intra-mésentérique. On enlève une partie de la paroi, grosse comme la paume de la main. Le reste est suturé à la paroi avec de la soie, la poche est bourrée de gaze iodoformée.

Guérison rapide. La température n'a jamais dépassé 37°, ni le pouls 82. Pas de nausées.

Le 11 *Janvier*. — Pansement. Il sort une sérosité claire, sans mauvaise odeur. La malade quitte l'hôpital le 14 *Février*.

Contenu. — Sang, pas d'épithélium sur la paroi, mais tissu conjonctif avec dépôt de graisse.

Vers le 16 *Mars*, après un repas copieux, vomissements abondants et persistants. Constipation opiniâtre.

Le lendemain, odeur fécaloïde des vomissements.

Le 17 Mars. — Nouvelle laparotomie. Le sac soudé à la paroi ne contient plus de trace de sérosité. Les parois de l'intestin grêle sont normales et mobiles, mais gênées par l'adhérence du sac à la paroi. Ces adhérences sont sectionnées. Guérison rapide. Depuis la malade a augmenté de six livres.

(LOHLEIN. — Klin. — Wochensch, 1889.)

OBSERVATION IV (Résumée.)

*Kyste séreux du mésentère. — Suture à la paroi.
Guérison.*

M^{lle} X..., 18 ans, santé parfaite, s'aperçoit par hasard qu'elle avait une grosseur dans le côté gauche du ventre, un peu au-dessus de l'ombilic. Pas de douleurs, quelques coliques. Difficultés légères de la défécation. Cette tumeur augmente de volume. Elle vient consulter son médecin qui trouve à gauche une masse indolente fluctuante, assez éloignée des organes génitaux, sans connexion avec les reins, régulière, assez mobile, se déplaçant de plusieurs centimètres dans tous les sens. En avant d'elle, sonorité limitée, semblant correspondre à une anse intestinale. M. TERILLON diagnostique un kyste probable du mésentère, peut-être un kyste du rein déplacé, opinion peu probable vu l'absence de douleurs.

Le 15 Juin. — Laparotomie. L'épiploon écarté on trouve le kyste revêtu d'une couche de séreuse vasculaire se continuant avec une anse d'intestin. Par la ponction on retire 600 grammes de liquide transparent à peine coloré.

La poche vidée fut attirée au dehors et largement ouverte. Sa face interne est lisse, blanchâtre. Au fond on trouve des diverticules terminés en cul-de-sac donnant à la tumeur un aspect bilobé.

Le kyste atteignait la colonne vertébrale, on y percevait le battement de l'aorte. L'énucléation fut essayée mais devint impossible, surtout au voisinage de l'intestin. Une petite portion du kyste fut réséquée pour l'examen microscopique et les bords furent fixés à la plaie abdominale. La cavité fut remplie de gaze iodoformée.

Suites opératoires bonnes, malgré une fistule qui dura 4 mois. Accidents dus à l'iodoforme, qui cessèrent dès que la mèche fut enlevée. La malade a engraisé et se porte actuellement très bien,

(TERRILLON. — *Société de Chirurgie*. — Séance
du 20 Mai 1881.)

OBSERVATION V (Résumée.)

*Kyste séreux du mésentère. — Laparotomie. — Suture à la paroi.
Guérison.*

M^{lle} R..., 23 ans, vigoureuse, bien portante. Depuis 7 mois, douleurs vagues dans le côté gauche et à la partie inférieure du thorax. Digestions pénibles, flatulences après les repas. Depuis quelques temps le ventre augmente de volume à sa partie supérieure, rendant le corset gênant. Règles normales. En examinant la malade couchée : abdomen saillant, surtout en haut et à gauche ; tumeur dépassant la ligne médiane arrondie, uniforme, atteignant le flanc gauche. Elle est fluctuante, assez tendue, occupant la partie supérieure du flanc gauche, la partie gauche du creux épigastrique et descendant au-dessous de l'ombilic. Matité peu nette. Par moment sonorité superficielle à la percussion légère. En arrière elle n'atteint pas le sein gauche et ne remonte pas sous les fausses côtes.

La position de la tumeur permet d'éliminer le kyste de l'ovaire, du sein et de la rate.

Diagnostic. — Kyste du pancréas ou du mésentère. Pas de ponction exploratrice.

Le 6 Novembre 1887. — Incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Boutonnière de six centimètres sur l'épiploon provoquant une légère hémorragie. On voit alors la tumeur avec quelques vaisseaux à sa surface ; elle est recouverte d'un feuillet léger, mobile, qui est le mésentère. Ponction avec un gros trocart de l'appareil Potain. On retire 4 litres de liquide transparent, citrin, moussant légèrement dans le vase et non filant.

La poche vidée, la partie la plus saillante est tirée au dehors

avec deux pinces puis incisée largement. La paroi était mince, fibreuse, assez intimement mêlée au mésentère épaissi. La surface interne était lisse et blanchâtre.

Tentative de décortication d'un quart d'heure, sans résultats. La main introduite dans la cavité atteignait presque la colonne vertébrale. Battement de l'aorte faiblement perceptible. La paroi est fixée aux lèvres de la plaie. De gros drains sont introduits dans la cavité pour en permettre le lavage.

Suites bonnes, malgré une souillure légère du liquide injecté dû à la sécrétion abondante de la poche.

Température jamais très élevée mais amaigrissement notable. Cavité presque comblée deux mois après. Il persistait encore un trajet fistuleux de 15 centimètres environ. Trois mois après, guérison complète ; embonpoint notable, santé excellente.

La guérison s'est maintenue depuis.

(TERRILLON. — *Société de Chirurgie*, 20 Mai 1891.)

OBSERVATION VI (Résumée.)

Kyste séreux du mésentère. — Extirpation. — Guérison.

S... F..., âgée de 38 ans, femme d'un employé de banque, mère de 8 enfants, entre à l'hôpital de Lamaritan, en mai 1877.

A l'examen, tumeur kystique de l'abdomen d'un volume considérable et adhérent à la paroi abdominale et à l'intestin. Par le toucher vaginal, masse globuleuse dans les ligaments larges gauches ou ayant avec lui d'étroits rapports.

La ponction donne 6 litres de liquide séreux, bizarre, de couleur jaune-rouge orangé, des réactions à la fois de liquide ascitique et de liquide ovarien.

A l'examen microscopique : globules sanguins et fines cellules granuleuses aux contours peu distincts. Le Docteur Faton croit à un kyste des ligaments à paroi mince avec partie solide.

Laparotomie. — On trouve un kyste à paroi mince avec des veines développées à la paroi intérieure qu'on sépare avec diffi-

culté de ses adhérences au péritoine et au grand épiploon. Large pédicule vasculaire se continuant avec le mésentère qui est divisé et lié, légèrement adhérent à l'intestin et notablement avec les ligaments gauches. On dissèque ces adhérences. L'ovaire gauche et les trompes adhérentes ont de solides végétations sur les bords inférieurs du kyste.

THOMTON croit à un sarcome kystique. On trouve des kystes dans la portion solide. Les suites opératoires sont bonnes jusqu'au huitième jour.

Le 8^e jour. — En changeant les pansements, nausées et vomissements noirâtres.

Le 9^e jour. — L'estomac est dilaté, gargouillant par le mouvement. On retire un litre de liquide verdâtre avec la pompe stomacale et des gaz. Lavage de l'estomac à l'eau bicarbonatée. Le liquide enlevé contenait des racines, des bactéries et des fibres musculaires (restes de nourriture) le tout couleur vert émeraude.

Traitement. — Sulfate de soude, vingt grammes toutes les trois heures.

2^e jour. — Nouveaux vomissements. Diarrhée. Pendant la nuit, la malade prend un mélange de Brandy et des œufs. Le lendemain la température tombe de 101.6 F à 99. La malade était très déprimée, amaigrissement rapide.

En 48 heures, 760 grammes de Brandy et 360 grammes de mélange de Brandy et d'œufs et 380 grammes de Porto en lavement dans le bouillon. Cette médication stimulante améliora la malade, qui quitta l'hôpital le vingt-cinquième jour après l'opération.

Bonne santé se maintenant cinq ans après l'opération.

(J. KNOWSLAY. — THOMTON. *British med. Journ.*,
London, 1882.)

OBSERVATION VII

Kyste du mésentère. — Accident simulant une occlusion intestinale. — Ponction simple du kyste. — Guérison.

Colin Victor, âgé de 24 ans, garçon de café, est entré le 4 Juin à l'hôpital Beaujon. Ordinairement bien portant, ce malade n'a jamais fait de maladie grave.

Le 3 Juin, en se levant le matin, il éprouva tout à coup des douleurs abdominales très vives et il lui fut impossible d'aller à la garde-robe. On lui administra un purgatif qui fut vomé en grande partie et ne produisit aucun effet. Le 4 Juin, le malade fut amené à l'hôpital Beaujon et placé en chirurgie, dans le service de M. le Docteur LABBÉ.

Le début soudain des accidents, la constipation, les douleurs abdominales, le météorisme, firent penser à une occlusion intestinale. Trois séances de faradisation avec le pinceau électrique et un purgatif eurent pour résultat des évacuations abondantes de matières fécales. Les jours suivants, la constipation se reproduisit, sans être aussi opiniâtre, et céda assez facilement aux purgatifs.

Le 12 Juin, le malade éprouva une douleur très vive dans le côté droit de la poitrine. Six ventouses scarifiées sont appliquées sur le point douloureux et produisirent une diminution de la douleur.

Mais les jours suivants, la fièvre survient, la douleur thoracique ne disparaît pas complètement et les signes d'une affection pleuro-pulmonaire se développent.

Le 17 Juin, on peut constater l'existence d'une bronchite intense et d'une pleurésie double sans épanchement; frottements. En outre, en arrière de la poitrine, vers la base du poumon droit, on entend non seulement des frottements, mais aussi une crépitation très fine. L'expectoration est très peu abondante et se compose de petits crachats visqueux, adhérents au vase et de coloration rouge-brun. Le ventre est météorisé et on reconnaît l'existence d'une tuméfaction de la cavité thoracique. La respiration est très fréquente.

Le 19 Juin, le malade est transporté dans le service de M. le Docteur MILLARD. Le lendemain 20 Juin, M. MILLARD examina le malade et voici les résultats de cet examen :

En arrière de la poitrine, vers la base, submatité des deux côtés, frottements, pas de souffle, crépitation très fine du côté droit. Expectoration de petits crachats visqueux adhérents et sanglants. Respiration fréquente. Bronchite.

Le ventre est volumineux. La zone ombilicale est saillante et occupée par une tuméfaction régulière, élastique, mate à la percussion, pouvant être facilement déplacée en totalité, mais revenant à sa situation, quand on l'abandonne à elle-même. Sonorité tympanique dans les flancs et la partie supérieure de l'abdomen, épigastre et hypocondre. Peu de sonorité dans la région hypogastrique. Les résultats de la percussion ne sont pas modifiés par les changements de position du malade, le foie paraît soulevé par le météorisme.

La fièvre est insignifiante, la température ne dépassant pas 38°. Cependant l'état général paraît être grave, étant donné l'amaigrissement considérable du malade et un certain degré de stupeur.

Diagnostic. — Pleurésie double, sans épanchement. Tuberculose pulmonaire probable. Péritonite tuberculeuse circonscrite. La tuméfaction de la région ombilicale serait constituée par un paquet d'anses intestinales, unies entre elles par de fausses membranes, lesquelles limiteraient des espaces remplis de liquide.

Traitement. — Ventouses sèches, teinture d'iode sur la tuméfaction ombilicale.

21 Juin. — Pas de fièvre.

22 Juin. — État stationnaire, même expectoration, mêmes signes obtenus par l'exploration de la poitrine. Vésicatoire sur la tuméfaction ombilicale.

24 Juin. — Amélioration de l'état général. L'appétit commence à revenir. Il reste encore un peu de stupeur. Expectoration persistante de petits crachats visqueux et sanglants. On entend toujours des frottements en arrière de la poitrine, des deux côtés vers la base. En outre, du côté droit, on entend aussi une crépitation très fine. Toujours rien autre chose du côté des sommets que de la bronchite. Huile de croton dans la région dorsale.

Les jours suivants, le malade se trouve mieux. L'état de la position ne change pas : la même expectoration continue, toujours peu abondante. La toux est peu fréquente. La constipation est habituelle, mais un verre d'eau de Sedlitz tous les deux jours provoque des évacuations sùffisantes.

5 *Juillet*. — La matité de la région ombilicale est moins absolue. La tuméfaction paraît moins régulière à la périphérie, elle semble un peu inégale. On peut croire qu'elle a diminué de volume, par suite de la résorption d'une partie du liquide. Le volume du ventre n'a pas diminué.

11 *Juillet*. — État stationnaire, même aspect du ventre. En arrière de la poitrine, vers la base, des deux côtés, frottements et faiblesse respiratoire, du côté droit quelques râles très fins. Expectoration de petits crachats brunâtres et visqueux, très peu abondants. La bronchite a notablement diminué. Pointes de feu sur la tuméfaction ombilicale.

15 *Juillet*. — Il n'y a plus dans les crachats, qui sont devenus très rares, qu'un point sanglant ; crachats ponctués ; la bronchite est insignifiante. En arrière de la poitrine, vers la base, surtout du côté droit, matité peu étendue, pas de frottements, mais seulement de la faiblesse respiratoire. Ces signes sont peut-être dus au refoulement du foie. La tuméfaction ombilicale est de nouveau bien limitée, elle est toujours élastique, mobile et mate à la percussion.

17 *Juillet*. — Poids du malade : 62 kilos (avant la maladie il pesait 70 kilos).

19 *Juillet*. — Plus de sang dans les crachats. La bronchite a disparu.

22 *Juillet*. — Douleur assez vive quand on veut faire remonter la tuméfaction ombilicale vers la partie supérieure de l'abdomen, en pressant sur la région hypogastrique.

25 *Juillet*. — Rien d'anormal dans la poitrine, si ce n'est un peu de matité et de faiblesse respiratoire, en arrière, vers la base du côté droit. Cette matité et cette faiblesse respiratoire sont probablement dues au refoulement du foie. La toux a presque cessé. Le sang n'a pas reparu dans les crachats, qui sont sérieux et peu abondants. L'affection thoracique n'existe plus. L'état général est excellent. La tuméfaction ombilicale est régulière, très mobile et paraît avoir le volume d'une tête d'adulte.

Depuis le 25 Juillet jusqu'au 11 Août, il n'y a pas eu de grands changements. Le malade a repris un embonpoint notable. Les garde-robes sont devenues plus faciles avec de temps en temps quelques purges.

11 Août. — État général excellent, évacuations faciles et régulières, rien à l'auscultation. La tumeur ombilicale a les mêmes caractères, elle n'a ni augmenté ni diminué. La guérison complète de l'affection thoracique, l'embonpoint acquis par le malade, permettent d'éliminer la péritonite tuberculeuse et de penser que la tumeur est un kyste.

14 Août. — M. TILLAUX examine le malade. Il pense qu'il s'agit d'un kyste du mésentère et conseille la ponction. Poids du malade 66 kilos.

18 Août. — M. TILLAUX ponctionne le kyste sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, à l'aide de l'appareil Potain. Il retire deux litres de liquide albumineux et contenant des phosphates de couleur verdâtre. La plaie est fermée avec de la baudruche et du collodion. Cathétérisme à 3 heures et à 10 heures du soir.

19 Aout. — État général excellent, pas de fièvre, ni de douleurs abdominales. Cathétérisme matin et soir.

21 Aout. — Évacuation alvine le matin. Miction normale. Le soir douleurs abdominales. Le malade a commis l'imprudence de se lever; pas de fièvre.

24 Aout. — Pas de matité au niveau de la région ombilicale. Sonorité parfaite de l'abdomen, on ne trouve plus trace du kyste. En arrière de la poitrine plus de matité, le foie a repris sa situation normale. Défécation et miction régulières. Le malade quitte l'hôpital le 7 Septembre.

OBSERVATION VIII (Résumée.)

Kyste séreux du mésentère. — Extirpation. — Guérison.
Examen histologique de la paroi.

Marie D..., 49 ans, ménagère entre à l'hôpital le 10 Novembre 1890, pour une tumeur douloureuse dans le flanc gauche.

Débute il y a un an à la suite d'un coup de pied violent dans le flanc gauche. Pas d'antécédents morbides. Réglée pour la première fois à 16 ans, l'a toujours été régulièrement depuis, mais avec un peu de douleur. Le traumatisme arrivé pendant la période menstruelle, n'a pas causé de trouble dans les règles suivantes. Elle aurait eu plusieurs fois des crises et de la fièvre, sans cependant être forcée de garder le lit.

Développement lent, pas de blennorrhagie ou de tuberculose. Hymen intact. A l'examen le ventre paraît normal, un peu saillant à gauche. A la palpation on sent une partie résistante à son niveau dans la région sous-ombilicale.

Cette tumeur est sphéroïdale, située entre l'ombilic, l'épine iliaque antérieure et supérieure, et l'arcade de Fallope. La ponction fait reconnaître des anses intestinales en avant. Autour de la tumeur des ondes de sonorité. Vagin normal. Cul-de-sac libre. Col utérin de multipare reporté légèrement en arrière. L'utérus n'adhère pas à la tumeur. Cette dernière est légèrement mobile dans tous les sens. Tumeur sphérique, uniloculaire du volume de la tête d'un enfant de 10 ans entre l'ombilic et le pubis un peu à gauche.

14 Novembre 1890. — La laparotomie est pratiquée par M. le Professeur DURET. Un peu d'ascite. Face antérieure de la tumeur lisse, d'apparence charnue ayant l'aspect de l'utérus gravide, ou celui d'un fibrome mou. La ponction fait reconnaître une tumeur liquide. La main introduite dans le petit bassin rencontre l'utérus et les annexes normaux. On reconnaît alors que la tumeur adhère profondément sur une large surface. Gros vaisseaux veinés sur la face antérieure. Il s'agit du kyste du mésentère.

On trouve en effet dans sa paroi trois anses intestinales, en haut et en dedans deux autres anses de l'intestin grêle; ces anses sont aplaties et se confondent avec la face externe du kyste.

Ponction au centre d'une maille des gros vaisseaux veinés. On retire deux litres de liquide séreux, peu onctueux, contenant quelques paillettes de cholestérine et ayant l'apparence de bouillon de bœuf légèrement teinté.

Extirpation grâce à une incision circulaire de cinq à six centimètres de diamètre permettant d'énucléer la tumeur avec le dos de la spatule plate. Le kyste est situé dans le méso-côlon iliaque,

s'insère sur les parties latérales gauches des trois dernières vertèbres lombaires. A droite bat l'aorte. L'extirpation fut délicate, surtout au niveau du pédicule. Ouverture du kyste. Lavage à l'eau bouillante. Suture de la cavité à la paroi. Des drains de moyen volume dans la poche.

Pendant l'opération, les tractions sur la tumeur amènent une syncope avec menace d'asphyxie. Le chloroforme est donné à petites doses et on évite de tirer le pédoncule de la tumeur.

Suites de l'opération assez bonnes, légère menace de péritonite qui céda au repos et à la glace appliquée sur l'abdomen. La malade se leva après trois semaines. Elle est maintenant totalement guérie.

L'examen macroscopique.— A l'état de vacuité, le kyste est du volume du poing. Ces parois ont de deux à trois millimètres d'épaisseur. Sa face externe d'un brun rougeâtre est lisse sur plusieurs points, et présente sur d'autres des traces d'extirpation des adhérences.

A sa partie profonde, la paroi est transparente sur une étendue d'une pièce de 5 francs. Elle est mince, fibreuse, blanche, résistante, sa face interne est grisâtre, parcourue par de petits filaments entrecroisés, délicats, irréguliers, rappelant de la filasse enchevêtrée. On les trouve surtout à la face antérieure de la poche.

L'examen histologique par M. le Professeur AUGUIER : la paroi proprement dite du kyste est formée d'un tissu conjonctif. Les cellules sont disposées en couches stratifiées, séparées par des vaisseaux du tissu conjonctif, ce qui rappelle la structure d'une veine ou d'un gros tronc lymphatique car ces divers plans sont tous reliés entre eux par des fibres élastiques très fines, ondulées, moins abondantes que les éléments conjonctifs. Dans l'épaisseur de la paroi, vaisseaux irrégulièrement distribués, plus nombreux dans la zone moyenne, et distendus par des globules rouges et blancs. Les artérioles ont une tunique moyenne épaisse. La paroi du kyste présente sur sa face externe quelques vésicules adipeuses. Tunique musculuse des artérioles très épaisse. Quelques fibres lisses isolées ou en faisceaux au voisinage des artérioles. Cavité irrégulière tapissée de revêtement endothélial, ne contenant pas de globules rouges, mais simplement un fin réticulum analogue au réticulum fibrineux et englobant des globules blancs. Ces

espaces étoilés présentent parfois une infiltration leucocytaire du voisinage sous forme de grains ou sous forme d'amas irréguliers, ce sont des espaces lymphatiques. Ils sont moins nombreux que les cavités vasculaires sanguines. On en trouve surtout près de la surface interne de la paroi principale.

(DURET. — Thèse de DELMEZ, 1891.)

OBSERVATION IX

(recueillie dans le service de M. le Professeur VILLAR).

Marie X..., âgée de 39 ans, pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés. Elle ne sait pas à quelle affection a succombé son père ; sa mère est vivante, âgée de 71 ans.

La malade a eu 7 enfants, dont deux sont morts en bas-âge, cinq vivent en bonne santé. Marie X... est née à terme, fut nourrie [au sein maternel et réglée à 15 ans. Elle n'a jamais fait de maladie, mais il y a un an elle fut opérée d'un galactocèle, dit-elle.

Depuis longtemps, elle a constaté que son ventre était ballonné ; elle était très constipée.

Le 10 Juillet 1920, elle eut dans la région hypogastrique une douleur vague qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations ; elle put même l'après-midi faire une assez longue course à bicyclette. Cependant ses douleurs augmentant le jour suivant, elle appela un médecin qui prescrivit le repos au lit. Comme ses douleurs allèrent en s'accroissant, le médecin adressa la malade à l'hôpital Saint-André, où elle entra le 20 Juillet.

Examen de la malade au moment de son entrée à l'hôpital. —

La malade présente toutes les apparences d'une bonne santé ; elle se plaint de souffrir dans le bas-ventre. Les douleurs s'irradient surtout autour de l'ombilic, pas de fièvre, pas de vomissements. A l'inspection, le ventre apparaît un peu saillant au niveau des régions hypogastriques.

Par la palpation, on sent une tumeur siégeant au dessous de l'ombilic sur la ligne médiane, tumeur du volume d'une orange de Jérusalem.

La percussion fournit des renseignements variables. Un jour, on constate de la matité, un autre jour de la sonorité. Rien du côté des organes génitaux. Il semble cependant qu'il y a une certaine relation entre le mouvement communiqué à la tumeur et l'utérus. La malade n'a pas envie d'uriner souvent. On porte le diagnostic de kyste du mésentère.

L'opération était faite le 20 Août 1920. A l'ouverture du ventre, on constate l'existence d'une tumeur d'un aspect grisâtre. La ponction donne ici un liquide rappelant le contenu du kyste séreux.

Extirpation de la tumeur. Les suites opératoires furent bonnes, la malade quitta l'hôpital le 15 Septembre 1920.

L'examen histologique fut pratiqué dans le laboratoire de M. le Professeur SABRAZÈS, qui a remis la note suivante : histologiquement paroi fibreuse peu vasculaire, semis de lymphocytes par traînées discrètes. Le revêtement de la couche kystique était altéré pendant l'opération, mais on pense pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un kyste séreux du mésentère.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY.)

Gabrielle X.... entre dans le service de M. le Professeur agrégé CARLES, pour douleurs abdominales gauches. Elle présentait tous les quinze jours des coliques abdominales violentes avec de la constipation opiniâtre.

Elle s'aperçut il y a deux mois d'une tumeur du côté gauche. Elle n'a jamais eu de vomissements, jamais de signes d'occlusion intestinale. Pas d'amaigrissement.

M. CARLES porta le diagnostic de rein flottant gauche et la transeata dans le service de M. le Professeur agrégé DUVERGEY qui pratiqua l'examen, lequel lui fournit les renseignements suivants :

Une tumeur existait dans la fosse lombaire gauche, qui donnait

l'impression d'un rein prolabé. Au contact, on avait l'impression d'un ballotement. Rien dans les urines.

L'opération fut pratiquée le 17 Juillet 1921, incision lombaire du côté gauche pour faire une néphropexie. Rein sain et dans une position normale. La main introduite dans la plaie opératoire combinée à la palpation montra l'existence d'une tumeur à côté du rein normal. On pratiqua la laparotomie sus et sous-ombilicale, on découvrit une tumeur de contenu liquide située entre les deux feuillets du mésentère.

On essaya de décortiquer la tumeur, impossibilité à cause des adhérences ; on pratiqua la ponction à la partie supérieure, il en sortit un liquide séreux ; on en fit la marsupialisation, après avoir introduit un drain.

Suites opératoires normales, la malade guérie est sortie de l'hôpital un mois après.

CONCLUSIONS

- I. — Les kystes séreux du mésentère ne sont pas aussi rares qu'on le pensait autrefois. Ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et c'est à l'âge adulte qu'on les observe le plus souvent.
- II. — Ces kystes se développent entre les deux feuillets du mésentère, dans la plupart des cas au niveau du pédicule. Leur volume peut devenir considérable et ils contractent assez facilement des adhérences.
- III. — On devra penser à ces kystes lorsqu'on trouvera réunis les symptômes suivants : début brusque, tumeur siégeant dans la zone ombilicale, zone de sonorité entre la paroi et le kyste, zone de sonorité au dessus du pubis, et mobilité très grande transversalement.
- IV. — Il existe deux formes cliniques bien nettes : l'une à début brusque, simulant l'occlusion intestinale ; l'autre lente et classique.
- V. — Le pronostic est mauvais quand on n'intervient pas à temps, mais la guérison est la règle après un traitement approprié.
- VI. — Le traitement peut être de plusieurs sortes. Les principaux sont : l'extirpation et la marsupialisation, celle-ci plus longue et plus sûre. Elle a encore l'avantage d'éviter le choc et le sphacèle de l'intestin si fré-

quents dans les cas d'extirpation de tumeurs volumineuses et adhérentes.

Dans les cas de petits kystes longuement pédiculés, sans adhérences, l'extirpation est indiquée.

VII. — Il faut tenter une intervention chirurgicale toutes les fois que le kyste, augmentant rapidement de volume amène la gêne et la douleur; ou par poussées aigues simule une occlusion intestinale.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

F. VILLAR.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 Février 1922.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AREKION (H. F.). — Étude sur les kystes du mésentère. (Thèse de Paris, 1891).
- AUGAGNEUR (V.). — Tumeurs du mésentère. (Thèse d'agrégation, Paris, 1886).
- BRUCY. — Étude sur les kystes séreux des ganglions lymphatiques. (Thèse de Paris, 1876).
- BRAQUEHAYE (J.). — Des kystes du mésentère. (*Archives générales de médecine*, 1891).
- COLLET. — Kystes du mésentère. (Thèse Paris, 1884).
- DELMEZ. — Kystes du mésentère. (Thèse Paris, 1891).
- DESPRÈS. — Diagnostic des tumeurs. (1868).
- DUHAMEL. — *Gazette Hebdomadaire*, 1863, T. X.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, tome I. (1880).
- Leçons de clinique chirurgicale. (Paris, 1888).
- RATHERY. — Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales. (Thèse Paris, 1870).
- VILLAR (F.). — Maladies chirurgicales du mésentère, du pancréas et de la rate, 1899. (Traité de Chirurgie clinique et opératoire de LE DENTU et DELBET.

